

Présentation

La santé au risque du social

Marie-France Raynault et Patricia Loncle

Numéro 55, printemps 2006

La santé au risque du social

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013219ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/013219ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Raynault, M.-F. & Loncle, P. (2006). Présentation : la santé au risque du social. *Lien social et Politiques*, (55), 5–9. <https://doi.org/10.7202/013219ar>

Présentation

La santé au risque du social

Les processus de rapprochement, éloignement, chevauchement des secteurs santé et social constituent l'objet d'analyse du présent numéro de *Lien social et Politiques*.

Les définitions classiques des secteurs de politiques publiques leur prêtent généralement trois caractéristiques : ils se construisent à partir de groupes d'acteurs politiques et professionnels légitimes à une époque donnée; ils véhiculent les valeurs de ces groupes et conduisent à une division institutionnelle du travail administratif; dans les pays occidentaux, ces secteurs ont accompagné l'institutionnalisation des États providences. Résultats, dans une large mesure, de la rationalisation de l'intervention publique, ils n'ont cessé de croître et de se sophistiquer jusqu'au début des années quatre-vingt.

Les secteurs sanitaire et social possèdent à cet égard un certain nombre de particularités. En France, en effet, si l'intervention publique dans le domaine social a été construite et systématisée dans le mouvement plus général d'organisation de la Sécurité sociale et de la planification, le domaine de la santé a, quant à lui, souffert de tiraillements structurels constants. Ainsi, si l'offre de soins, dans ce même sillage, bénéficie d'une structuration massive, quadrillant le territoire national avec l'appui de professionnels médicaux organisés en interlocuteurs des pouvoirs publics, la prévention pâtit de déficits chroniques en termes de ressources et de légitimité. La situation québécoise, peut-être plus favorable pour ce qui est de l'institutionnalisation de la prévention et de la promotion de la santé, l'est cependant beaucoup moins dans les domaines sociaux de l'aide aux familles et aux démunis.

On peut, dans une certaine mesure, appeler à la transversalité, à une approche déssectorisée des secteurs social et sanitaire. Sur ce versant, les avocats de cette tendance font valoir les effets pervers d'un enfermement trop grand à l'intérieur d'un secteur donné. En effet, qu'il s'agisse des risques de cloisonnement, d'incompréhension ou d'interventions contradictoires ou étanches envers les usagers, les critiques de la sectorisation sont nombreuses et nourries. En France, les pouvoirs publics ont poussé à ce mouvement dans un certain nombre de domaines de politiques publiques (des politiques de la ville aux politiques de sécurité en passant par les politiques environnementales). Si le secteur social a été dans une large mesure touché par ce processus, le secteur de la santé a semblé assez longtemps épargné par cette ligne de faille. Au Québec, comme le souligne Benoît Gaumer, le discours d'intégration des secteurs sociaux et sanitaires est présent depuis bientôt quarante ans et persiste d'une réforme de structures à l'autre. On en voit les effets, éloignés des idéaux holistiques des années soixante-dix, mais réels.

Si cette transversalisation, cette porosité des frontières présente plusieurs avantages, elle recèle également un certain nombre de risques. On peut ainsi considérer l'affaiblissement des repères professionnels, le brouillage des valeurs d'intervention, le caractère incertain de certaines notions échappant aux pratiques sectorielles. Plus largement, d'une part, on peut s'interroger sur la tendance qui pousse à déconstruire des secteurs d'intervention publique et à banaliser les actions qui en découlent. Sommes-nous face à une réelle tentative de mieux correspondre aux besoins des usagers ou bien à déconstruction néolibérale de l'État? On doit, d'autre part, souligner combien le mouvement actuel de traitement

sanitaire des questions sociales contient de risques de déplacement des enjeux. Si l'on sait mieux prendre en charge les difficultés et souffrances individuelles, les problèmes collectifs, les répercussions sociales et politiques de ces derniers tendent à être progressivement gommées.

Ce numéro de *Lien social et Politiques* fait état des brouillages contemporains des frontières entre secteur sanitaire et secteur social. Nous proposons de développer ces questions à partir de trois angles d'analyse qui forment les différentes parties du numéro.

Les réformes en santé publique : les enjeux de la prise en charge sociale

Dans une première partie, nous traitons des réformes en santé publique et des enjeux de la prise en charge sociale. Cet aspect institutionnel apparaît à la fois comme un révélateur des changements de conception en cours et comme une contrainte forte pour l'ensemble des acteurs concernés. Quatre articles permettent une analyse de ces processus et sont l'occasion de cerner nombre de tendances touchant les frontières des secteurs social et de santé.

Nicole Bernier nous propose une réflexion critique sur la politique de santé publique québécoise. L'adoption récente d'une loi sur la santé publique donnant au ministre de la Santé un droit de regard sur tous les programmes ou politiques de l'État québécois susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population peut apparaître comme un outil puissant de prise en compte des déterminants sociaux; toutefois, les risques technocratiques sont présents, particulièrement dans le domaine de la promotion de la santé.

Benoît Gaumer étudie quant à lui l'évolution des rêves de santé globale des années soixante-dix au Québec à travers les différents efforts de l'État pour les traduire dans les systèmes. Les tensions politiques entre les paliers de gouvernement sont mises en évidence. Une nouvelle joute s'annonce avec la création récente de l'Agence de santé publique canadienne.

À partir de l'exemple de la réforme de la Couverture maladie universelle, Brigitte Frotiée met en perspective les évolutions qui touchent les domaines de l'assurance maladie et de l'assistance sociale. Cette analyse se place dans une perspective de questionnement large renvoyant tout à la fois au gouvernement de la Sécurité sociale, à la démocratie sociale et politique, aux clivages et frontières entre assurance et assistance. En soulignant les infléchissements et les rapports de force contenus dans cette réforme, l'auteure envisage de répondre à trois questions: les raisons de l'émergence de cette prise en charge; les modalités de construction du dispositif; la place de la Couverture maladie universelle dans le système de Sécurité sociale. Pour ce faire, elle étudie à la fois la genèse de la réforme, les positionnements des acteurs du social et de la santé et les incidences de la réforme sur l'accès aux soins et sur les conceptions traditionnelles de l'assistance et de l'assurance.

Enfin, Mélanie Bourque et Amélie Quesnel-Vallée nous livrent une réflexion sur le potentiel d'impact des politiques familiales sur la santé publique. Ainsi, les liens entre la conciliation travail-famille et la santé des enfants font maintenant l'objet de quelques publications importantes. Pourra-t-on parler dorénavant de régime de protection sociale favorable à la santé ?

Le brouillage des frontières entre santé et social : évolutions des notions et impacts pour les professionnels

La deuxième partie s'intéresse à ces frontières floues dont nous avons discuté plus haut et à leurs conséquences pour les professionnels. La question du déplacement des frontières sectorielles de la santé et du social représente une composante centrale des interrogations contemporaines à l'égard de l'avenir des États providences. Pour alimenter le débat, nous observons non seulement les transformations des notions qui permettent d'intervenir dans les domaines de la santé et du social — les processus de «sanitarisation du social» sont particulièrement mobilisés pour décrire cette réalité — mais également l'impact de ces infléchissements sur les réponses des professionnels. Les cinq articles qui composent cette partie constituent l'occasion d'éclairages fournis sur cette question et permettent de s'interroger sur la lame de fond que constitue l'adoption d'une logique néolibérale dans les systèmes d'État providence occidentaux.

Yolande Pelchat, Éric Gagnon et Annick Thomassin décrivent les représentations de l'exclusion sociale dans le discours de la santé publique, la «société d'accompagnement» qui en découle et les limites, voire les risques, de l'intervention des professionnels en cette matière.

Dans son article, Bertrand Dargelos mobilise l'approche historique pour mettre en lumière l'émergence d'un problème public de santé au milieu du 19^e siècle : l'alcoolisme. Il montre comment la lutte contre l'alcoolisme, d'abord prise en charge dans le champ de la médecine, se diffuse progressivement pour devenir un problème politique puis social. D'abord catégorie nosographique, le phénomène, apparenté à la «dégénérescence de la race», est peu à peu dénoncé comme l'apanage des classes populaires. Dès lors, le combat contre l'alcoolisme sert la cause des hygiénistes de tous ordres et vise à moraliser toute une partie de la population. L'auteur nous permet de toucher du doigt la dimension idéologique qui, au-delà des sphères du social et de la santé, domine la formulation des modes de prise en charge de l'alcoolisme.

Claire Scodellaro s'intéresse aussi à la genèse d'un problème public de santé, contemporain cette fois, puisqu'elle observe l'émergence de la notion de maltraitance des personnes âgées. L'auteure, dans son article, propose une lecture critique de la politique visant à prévenir ce type de dérive. Elle développe une argumentation qui dévoile un certain nombre de glissements dans la définition de la notion : la maltraitance s'applique aux seules personnes âgées ; les instruments d'observation sont mobilisés dans le seul champ du médical ; les autres formes d'inégalités comme les inéga-

tés sociales ou de genre sont écartées. Ce faisant, elle montre comment le caractère strict de cette définition conduit à un phénomène de «sanitarisation des questions sociales».

Pauline Renther, quant à elle, s'attache à analyser des processus inverses. Son propos consiste effectivement à montrer comment les modalités de définition des «pathologies sociales» font évoluer les représentations des professionnels du secteur psychiatrique. Sa question centrale est la suivante: le processus de sanitatisation des questions sociales signifie-t-il pour le monde psychiatrique une faiblesse du politique ou un décentrement de l'action publique vers des souffrances aux frontières sanitaires et du social? En soulignant les incertitudes professionnelles liées à la définition des «pathologies sociales», l'auteure revient sur les craintes de déformation ou d'exploitation par les instances politiques de phénomènes au sein desquels les parts respectives du médical et du social restent floues et paraissent toujours contingentes.

La contribution d'Éric Farges se situe également dans la perspective de la sanitatisation des questions sociales. Ici l'auteur, à travers l'exemple de la promotion de la santé en prison, s'intéresse essentiellement aux pratiques des professionnels et à leurs difficultés à agir. En montrant comment les démarches de promotion de la santé sont fortement contraintes par les conditions de vie des détenus ainsi que par leurs parcours et leurs manques antérieurs, Éric Farges met en évidence les profonds décalages qui existent entre les instruments d'intervention plutôt faibles qui sont confiés aux intervenants et une population carcérale en grande détresse. Le propos consiste à révéler le caractère dérisoire d'une politique qui ne s'attache ni à la compréhension des problèmes sociaux des détenus ni aux défaillances structurelles du système pénitentiaire.

Inégalités sociales de santé et exclusion sociale : les défis pour le système de santé

Enfin, la troisième partie du numéro traite des inégalités sociales et des défis qu'elles représentent pour le système de santé. Les quatre articles de cette partie placent la focale sur les méconnaissances théoriques qui subsistent en matière d'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé. Ils s'intéressent également à des phénomènes spécifiques d'exclusion du fait de pathologies particulières ou de situations de grande pauvreté. Ce dernier volet représente ainsi l'occasion de s'interroger sur les imperfections des définitions et sur les limites des systèmes de prise en charge.

Jean Pascal, Hélène Habbey-Huguenin et Pierre Lombrail abordent une question encore peu étudiée dans le domaine de la santé publique: la question des inégalités sociales de santé et de leurs liens avec l'accès aux dispositifs de prévention. Les auteurs passent ainsi au crible le caractère statique des dispositifs français actuels visant l'amélioration de l'accès aux soins des populations «les plus vulnérables». Ils montrent comment la démarche qui sous-tend ces dispositifs se révèle exclusive d'autres types d'inégalités sociales qui traversent l'ensemble de la population. Les auteurs plaident

pour l'étude des disparités d'accès aux soins préventifs comme élément de production d'autres inégalités sociales, non cantonnées aux populations les plus exclues.

De Koninck, Disant et Pampalon explorent les relations complexes entre les milieux de vie et la construction de l'exclusion et en tirent les conclusions qui s'imposent pour l'intervention. Cette étude des représentations des habitants d'un quartier défavorisé jette un nouvel éclairage sur les mécanismes de ce qu'on appelle, faute de mieux, «l'effet de quartier» dans l'explication des gradients de santé entre les territoires.

Dans son article, Renaud Crespin décrit les limites d'une prise en charge spécifique et située: le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises. Tout en rappelant les tentatives d'amélioration qui ont touché la médecine pénitentiaire depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'auteur met en évidence les carences actuelles du système de dépistage du VIH, en particulier du point de vue du respect du secret médical. L'idée d'un recours systématique et coercitif aux tests a bien été écartée. Cependant, les pratiques actuelles, si elles permettent une prise en charge individuelle, à la demande des détenus, conduisent à la production d'une information collective visant à protéger, et la population carcérale, et les gardiens. De ce fait, les logiques cliniques et sécuritaires s'affrontent dans ces recours aux tests de dépistage.

En terminant, Valéry Ridde nous rappelle avec acuité la situation de certains pays en développement où les pauvres n'ont pas accès aux services de santé, sans que la situation soit même perçue comme un défi pour le système. Les raisons de cette absence de prise en compte de la nécessité d'équité sociale dans le système de santé sont explorées. Entre les valeurs, les défauts de planification et la très grande distance entre les classes sociales, les besoins des indigents tardent à s'inscrire à l'agenda des politiques.

Il y aurait encore beaucoup à dire, et les regards croisés sur les situations française et québécoise pourront alimenter une réflexion moins naïve sur les grandeurs et les écueils de l'incontournable question sociale dans les politiques de santé.

Marie-France Raynault
Médecine sociale et préventive
Faculté de médecine
Université de Montréal

Patricia Loncle
Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires
École nationale de santé publique
Rennes